

WALLER INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

REQUERIMIENTO DEL DOCTOR PARA ADMINISTRACION DE MEDICINAS

Padre/Tutor – Por favor complete

Apellido del Estudiante		Primer nombre		Segundo Nombre	
Grado	ID del estudiante si lo sabe	Fecha de Nacimiento mm/dd/yy		Escuela	Nombre del Maestro
Este es mi consentimiento para que se le administren medicinas a mi hijo(a) cuyo nombre esta impreso arriba y que han sido recetadas por el Doctor de la manera que se muestra abajo.					
Firma del Padre Trabajo		Teléfono de la casa		Teléfono del	
Nombre Impreso		# deTelefono celular		Fecha	

Doctor – Por favor complete

Al Director(a): Para poder mantener al niño(a) en óptimas condiciones de salud y ayudar a mantener su desempeño máximo en la escuela, es necesario que sean dadas las siguientes medicinas durante las horas de escuela.					
NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Marca):				Rx #:	
COLOR SI TIENE ALGUNO:					
FORMA DE LA MEDICINA: (CIRCULE UNO) Tableta Pastilla Capsula Liquido Inhalador Otro:					
DOSIS(cantidad que debe ser dada):					
Que tan seguido o a que horas:					
Los padres saben de este requerimiento y están de acuerdo que este medicamento sea dado cuando se necesite. Si el estudiante manifiesta cualquier de los siguientes síntomas causados por esta medicina, por favor llame al padre o a my oficina.					
Síntomas:					
Firma del Doctor oficina				Numero de Teléfono de la	
Nombre Impreso				Fecha	

Waller ISD Board Policy [FFAC \(Local\)](#) Excerpt:

No employee shall give any student prescription medication, nonprescription medication, herbal substances, anabolic steroids, or dietary supplements of any type, except as provided below. Employees authorized by the Superintendent or designee may administer to students:

1. Prescription medication in accordance with legal requirements, for a period of up to ten days. [See [FFAC\(LEGAL\)](#)] A written request by a physician or other health-care professional with authority to write prescriptions shall be required when the medication must be administered for a longer period.
2. Nonprescription medication, upon a parent's written request, when properly labeled and in the original container.
3. Herbal substances or dietary supplements provided by the parent and only if required by the Individualized Education Program or Section 504 plan of a student with disabilities.
4. Nonprescription medication provided on an emergency basis by the District and consistent with: a. Protocols established by the District's medical advisor who must be licensed to practice medicine in the state of Texas; and b. Parental consent given on the emergency treatment form.

